Rok V 1 9 3 8 Zeszyt 2

RUCH PRZECIWGRUŹLICZY

Głosy i rezolucje polskiego świata lekarskiego w sprawie ustawy przeciwgruźliczej.

Komunikat Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Na posiedzeniu w dniu 15 stycznia 1938 r. Zarząd Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, jako rzecznika czynników społecznych, zrzeszonych w Towarzystwach walki z gruźlicą, zgłasza następujące dezyderaty w sprawie ustawy o walce z gruźlicą:

1) Zagadnienie walki z gruźlicą wobec stwierdzonej liczby 70 tys. zgonów rocznie i około 700 tys. chorych, jest kwestią olbrzymiego znaczenia społecznego i państwowego, a szczególnie z punktu widzenia sił obronnych Polski.

2) Rządowy projekt ustawy wniesiony obecnie pod obrady Izb Ustawodawczych, stanowi poważny krok naprzód w walce z gruźlicą, przez sam fakt uregulowania ustawowego tak ważnego zagadnienia.

3) Natomiast rozwiązanie sprawy walki z gruźlicą oprócz tego wymaga przede wszystkim:

a) Stworzenia podstaw finansowych, koniecznych do realizowania kosztów walki z gruźlicą, a przede wszystkim kosztów szpitalnego i sanatoryjnego leczenia chorych oraz zabezpieczenia rodzin chorych;

b) Uwzględnienia w szerokiej mierze ochrony dzieci i młodzieży przed zakażeniem gruźliczym;

c) Rozwiązania zabezpieczenia bytu osób chorób należącycli do świata pracy, a pozbawionych możności zarobkowania ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia:

d) Wykonywanie skoordynowanej społecznej walki z gruźlicą wymaga nadania Polskiemu Związkowi Przeciwgruźliczemu charakteru Głównego Komitetu Walki z Gruźlicą, w którym obok przedstawicieli Władz, Związków Samorządowych i instytucji Ubezpieczeń Społecznych, czynnik obywatelski i społeczny oraz naukowo-lekarski winien być najsilniej reprezentowany.

Opinia Rady Wydziału Lek. Uniwersytetu J. K. w sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy.

Projekt rządowy ustawy o zwalczaniu gruźlicy wniesiony na czwartą kadencję sesji zwyczajnej roku 1937/38 nasuwa szereg zastrzeżeń przede wszystkim z powodu braku postanowień koniecznych do skutecznego zwalczania gruźlicy:

Za najważniejsze braki projektn należy uważać:

1) Pominięcie wprowadzenia ustawowego obowiązku zgłoszenia się do badania w przychodni przeciwgruźliczej na jej wezwanie i przymusu izolowania niebezpiecznych dla otoczenia (w pierwszym rzędzie nauczycieli, ochroniarek itp. stykających się z dziećmi).

2) Brak ścisłego określenia roli przychodni przeciwgruźliczej, która powinna być ośrodkiem kierującym wszelkiej akcji mającej związek ze zwalczaniem gruźlicy i brak określenia, jakim warunkom ma odpowiadać placówka, by przysługiwało jej miano przychodni przeciwgruźliczej.

3) Brak ustalenia konkretnych sposobów uzyskania środków na stworzenie odpowiedniego arsenału przeciwgruźliczego, a w szczególności należycie wyposażonych w fachowy personal lekarski i pomocniczy, oraz w aparaturę przychodni przeciwgruźliczych.

Należy się obawiać, by postanowienia projektu (Art. 6, p. 1) nie były przez gminy miejskie i związki samorządowe w olbrzymiej większości wykonywane w dalszym ciągu tak jak dotychczas — jak najtaniej. Doprowadziło to do powstania szeregu jednostek nie zasługujących zupełnie na miano przychodni przeciwgruźliczych, z powodu braku odpowiedniego fachowego kierownictwa, braku wyposażenia i dotacji na prowadzenie, niezdolnych do jakichkolwiek akcji przeciwgruźliczych. W akcji powoływania do życia pełnowartościowych poradni winno wziąć bezpośredni, znacznie wydatniejszy udział obok samorządów Państwo.

4) Brak określenia realnych podstaw finansowych dla stworzenia w najbliższym czasie pewnej ilości łóżek szpitalnych, klinicznych i sanatoryjnych dla gruźliczych.

Obecny stan pod tym względem należy uważać za katastrofalny. Z punktu widzenia ogólnej gospodarki państwa stworzenie łóżek dla gruźliczych zarażających otoczenie, należy uważać za *rzecz równie ważną jak budowę szkół powszechnych.*

5) Brak realnych podstaw pokrycia kosztów koniecznego leczenia zakładowego chorych na gruźlicę, niezamożnych, za których związki samorządowe nie będą w możności kosztów tych pokryć, a którzy ze względu na konieczność izolacji celem ochrony otoczenia przed zakażeniem, w interesie dobra publicznego — powinni bezwzględnie być podani długotrwałemu leczeniu zakładowemu.

6) Brak ustawowych przepisów wprowadzających: a) *ścisłą koordynację* pracy przeciwgruźliczej szeregu władz, instytucji i związków na terenie województw, powiatów i gmin, oraz b) *jednolite kierownictwo.*

Dla usprawnienia akcji przeciwgruźliczej konieczną rzeczą jest prowadzenie jej wedle *jednolitego planu* przez Państwo, przy wyzyskaniu w jaknajszerszym zakresie pracy i środków dostarczonych przez Związki samorządowe, w oparciu o fa-

chowe i naukowe organizacje i instytucje lekarskie, jak Wydz. Lekarskie Uniwersytetu, Izby Uniwersytetu, Izby Lek. itp. i przy wciągnięciu do współpracy organizacji społecznych (Polski Związek Przecigruźliczy, Polski Czerwony Krzyż itp.).

Za jedno z rozwiązań z tej sprawy możnaby uważać stworzenie Nacz. Komitetu Przeciwgr. przy Min. Op. Społ. lub przy Prezesie Rady Ministrów i kilku okręgowych komitetów z siedzibą w miastach uniwersyteckich, które by nie tylko koordynowały pracę, lecz także bezpośrednio ją prowadziły i dysponowały funduszami dostarczonymi przez państwo.

t. cz. Dziekan: *Prof. Dr Tadeusz Ostrowski.*

Uwagi Izby Lekarskiej w Krakowie.

I. Projekt wprowadza obowiązkowe zgłaszanie przypadków gruźlicy w postaci niebezpiecznej dla otoczenia i zgonów z niej, co nie jest niczym nowym i co wprowadziły już ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, wydane w 1919 i 1935 r.

Reglamentacja chorych na gruźlicę jest konieczna, ale będzie ona iluzoryczna, o ile nie zapewni ona możności izolowania chorych z gruźlicą groźną dla otoczenia. Jest faktem, że mimo istnienia tej reglamentacji z mocy wspomnianych wyżej wyżej ustaw, w istocie nie weszła ona w życie. Dzisiaj jeszcze ujawnienie chorych gruźliczych grozi im usunięciem poza nawias społeczeństwa, utratą pracy i nędzą.

II. Projektowana ustawa przerzuca cały ciężar finansowy walki z gruźlicą na samorządy, co do których opinia jest zgodna, że tym ciężarom finansowym nie podołają. Ewentualny udział Ubezpieczalni Społecznych również sprawy nie rozwiązuje, gdyż Ubezpieczalnie mają obecnie dochody bardzo ograniczone. Przewidywany udział finansowy Skarbu Państwa w pomocy dla samorządów, nie mogących podołać niezbędnym zadaniom wynikającym z ustawy o zwalczaniu gruźlicy, jest zgóry ograniczony szczupłymi możliwościami budżetowymi.

Przykład innych państw, w których osiągnięto wyniki w walce z gruźlicą, poucza, że bez wielkich wydatków walka z gruźlicą jest niemożliwa. Gdyby uświadomiono sobie należycie znaczenie ochrony zdrowia publicznego dla siły obronnej Państwa, to podstawy finansowe projektu musiałyby być realne i musiałyby się znajdować w budżecie państwowym. Tylko projekt osobnego podatku, względnie projekt osobnego, powszechnego ubezpieczenia od gruźlicy albo stałego dochodu z dopłat na produkty importowane, z dodatkowych opłat pocztowych, opłat towarzystw ubezpieczeń na życie itp. może pozytywnie rozwiązać podstawy finansowe ustawy o zwalczaniu gruźlicy.

III. Rola udziału w pracy czynnika społecznego, rola już istniejących i zasłużonych dla walki z gruźlicą organizacyj społecznych, nie jest w projekcie ustawy wyraźnie określona.

W projekcie ustawy brak też dokładnego określenia kompetencji poszczególnych czynników powołanych do zwalczania gruźlicy. Program akcji zwalczania gruźlicy nie powinien być oparty na planach opracowanych przez powiatowe i wojewódzkie władze administracji ogólnej. Rzeczą podległych władz administracji ogólnej powinno być tylko dostarczenie wszystkich potrzebnych i ścisłych informacyj z terenu i wykonywanie otrzymanych zarządzeń. W tych ramach zawsze się znajdzie jeszcze miejsce na uzasadnioną inicjatywę tych czynników.

IV. W projekcie ustawy brak jest ustalenia zasad i kierunków akcji profilaktywnej oraz leczniczej, a sprawy te mają być objęte dopiero przepisami, mającymi się ukazać w drodze rozporządzenia. To samo dotyczy i sprawy nadzoru nad akcją zapobiegawczą i leczniczą.

V. W stosunku do człowieka chorego na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia, projekt ustawy nie zapewnia żadnej konkretnej pomocy temuż choremu, ani nie zabezpiecza przed nim jego zdrowego otoczenia: nie przewiduje bowiem przymusowej izolacji i leczenia chorych, nie gwarantuje z wszelką pewnością umieszczenia chorych w szpitalach i nie załatwia sprawy kosztów leczenia chorych ubogich, którzy stanowić będą przecież największy kontyngent chorych wymagających opieki. Zapowiadana w rozporządzeniu z dnia 23 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr 36, poz. 382) osobna ustawa o ponoszeniu kosztów leczenia ubogich, wogóle dotychczas nie wyszła. W tym położeniu chorzy na gruźlicę niezamożni, których leczenie oraz izolację, w interesie dobra ogółu należałoby przeprowadzić nawet z użyciem pewnej presji, nie będą mogli być leczeni, ani izolowani, bo na to nie ma środków. Pomoc, jaką dla takich chorych świadczą już teraz, z własnej dobrej woli samorządy, jest niestety i będzie ograniczona ich szczupłymi możliwościami finansowymi i rzeczowymi (choćby katastrofalnym brakiem łóżek). Chorzy tacy powinni być leczeni na koszt publiczny, a tej sprawy projekt ustawy zupełnie nie rozwiązuje.

Projektowana ustawa nie posuwa naprzód sprawy walki z gruźlicą i nie rokuje widoków, aby mogła skutecznie rozstrzygnąć piętrzących się trudności. Nawał przewidywanych w ramach projektu, a nie znanych jeszcze bliżej rozporządzeń wykonawczych, dotyczących jednak spraw bardzo zasadniczych, może tylko utrudnić, obok braku realnych podstaw finansowych, wejście w życie ustawy.

Nasuwa się zatem konieczność zasadniczej rewizji i uzupełnienia projektu, z uwzględnieniem innych wyłonionych projektów w łonie Sejmowej Komisji Zdrowia, albo zupełnego wycofania projektu i poddania sprawy pod obrady Państwowej Na-

czelnej Rady Zdrowia, oraz przedstawicieli towarzystw naukowych lekarskich, izb lekarskich i organizacyj społecznych, dotychczas walkę z gruźlicą prowadzących.

Treść pisma Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego w sprawie ustawy przeciwgruźliczej.

Do Pana Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia
w Warszawie.

W związku z wniesionym do Sejmu rządowym projektem ustawy o zwalczaniu gruźlicy, podpisane Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji nad tymże projektem w łonie specjalnie powołanej Komisji, uważa za swój obowiązek obywatelski i fachowy lekarski, oświadczyć, co następuje:

1) Jest godnym ubolewania fakt, że projekt ustawy, dotyczący tak ważnej sprawy z zakresu zdrowia publicznego, nie został przedstawiony poprzednio do zaopiniowania fachowym organizacjom lekarskim.

2) Projekt wprowadza obowiązkowe zgłaszanie przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, a nie zapewnia możności izolacji chorych z otwartą gruźlicą. W tych warunkach reglamentacja jest przedwczesna i bezcelowa a egzekwowanie tego obowiązku odstręczy chorych na gruźlicę od leczenia się, obciąży niepotrzebnie najrozmaitsze urzędy a nawet dla celów statystycznych nie da żadnego miarodajnego materiału.

3) Projekt przerzuca cały ciężar finansowy działalności przeciwgruźliczej na samorządy, które, jak wiadomo, nie są w możności podołać nawet swoim zwyczajnym wydatkom. Projekt nie zapewnia w sposób ściśle określony pomocy Skarbu Państwa na ten cel, dotychczasowe zaś dotacje w budżecie państwowym okazały się zupełnie niewystarczające i niewspółmierne z potrzebami akcji przeciwgruźliczej, na którą w obecnym naszym położeniu na tym odcinku zdrowia publicznego trzeba patrzyć przede wszystkim jako na pierwszorzędne zagadnienie siły obronnej Państwa.

Podstawy finansowe zatem, brane pod uwagę przez projekt ustawy, są w istocie niepewne i niedostateczne, a brak mocnych podstaw finansowych może wykonanie ustawy całkowicie udaremnić.

4) Projekt ustawy ma pod względem przewidywanej organizacji walki z gruźlicą braki, a mianowicie:

a) opiera walkę z gruźlicą, zwłaszcza jej planowanie, na władzach administracji ogólnej, które ani nie są do tego przygotowane, ani nie rozporządzają potrzebnym aparatem;

b) nie uwzględnia w dostatecznej mierze udziału w pracy czynnika społecznego;

c) nie ustala zasad ani kierunków akcji zapobiegawczej oraz leczniczej;

d) w stosunku do chorych na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia nie zapewnia żadnej konkretnej pomocy tym chorym, ani nie zabezpiecza przed nimi ich zdrowego otoczenia, nie przewiduje bowiem przymusowej izolacji i leczenia chorych, nie gwarantuje umieszczenia chorych w szpitalach i nie załatwia sprawy kosztów leczenia chorych ubogich, którzy stanowią największy kontyngent chorych wymagających opieki.

W tym stanie rzeczy projekt ustawy nie zmienia nic w dotychczasowym układzie stosunków i nie posuwa naprzód sprawy walki z gruźlicą.

Jest naszym głębokim przekonaniem, że projekt ten powinien być gruntownie zmieniony i uzupełniony, przy uwzględnieniu projektu opracowanego przez Dra M. Grodeckiego, który to projekt ujmuje zagadnienie walki z gruźlicą głębiej i szerzej, a co ważniejsze, stwarza osobny fundusz na walkę z gruźlicą, bez którego to funduszu żadna wydatniejsza działalność przeciwgruźlicza nie jest w naszych warunkach do pomyślenia.

Za Zarząd Towarzystwa: Sekretarz stały: (—) *Prof. Dr M. Gieszczykiewicz,* Prezes: (—) *Prof. Dr A. Oszacki,* Wiceprezes: (—) *Dr J. Szancenbach.* Członkowie Komisji: (—) *Prof. Dr J. Latkowski,* (—) *Dr W. Stryjeński,* (—) *Prof. Dr M. Gieszczykiewicz,* (—) *Dr J. Owsiński,* (—) *Prof. Dr J. Kostrzewski,* (—) *Dr St. Karasiński.*

Uchwała Lwowskiego Tow. Lekarskiego.

Walne Zgromadzenie Lwowskiego Twa Lekarskiego z dnia 21 stycznia 1938 r. przyjmuje do zatwierdzającej wiadomości uchwałę komisji w sprawie ustawy przeciwgruźliczej z zaznaczeniem, iż uchwalenie tej ustawy przez ciała ustawodawcze jak najśpieszniejsze, jest palącą potrzebą. O ile komisja zdrowia Sejmu potrafi projekt rządowy przystosować i zmienić w duchu postulatów wyrażonych już przez cały świat lekarski Polski, jest rzeczą nader pożądaną, by uchwalenie jej nastąpiło jeszcze w bieżącej sesji sejmowej.

Uwagi Zrzeszenia Dyrektorów Sanat. Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym.

Zarząd Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruzliczych o charakterze społecznym, po zaznajomieniu się z projektem rządowym ustawy o zwalczaniu gruźlicy, doszedł do następujących wniosków: Plan walki z gruźlicą musi oprzeć się na możliwie dokładnie obliczonych i realnych podstawach sfi-

nansowania tej walki. Budżet Państwa musi przewidzieć odpowiedni fundusz oparty na realnych i istotnych wpływach. Udział finansowy samorządów w tej sprawie może być — ze znanych powodów — conajwyżej znikomy w porównaniu z wymaganiami racjonalnego planu, projekt zaś rządowy przerzuca znaczną część ciężaru finansowego walki na samorządy. Budżet walki z gruźlicą musi uwzględnić nietylko koszty leczenia chorego (tak długo, jak trwa choroba), koszty zapomóg dla rodzin na czas niezdolności do pracy, względnie niemożności ponownego jej znalezienia, ale i koszty całej profilaktyki. Plan walki musi także uwzględnić konieczność zapewnienia zarobku i odpowiednio dobranej pracy gruźlikom z chwilą, gdy odzyskają zdolność do pracy, choćby częściową. Bez uwzględnienia strony gospodarczo-finansowej zagadnienia ustawa, nabierając cech prohibicyjnych utrudni tylko osiągnięcie celu zasadniczego. Spowoduje ukrywanie się chorych w obawie przed konsekwencjami i powiększy niebezpieczeństwo szerzenia się prątka; może też zwiększyć śmiertelność na gruźlicę osób, rezygnujących pod grozą utraty środków egzystencji z wczesnego leczenia. Prawodawstwo przeciwgruźlicze musiałoby się składać z szeregu ustaw konsekwentnie i harmonijnie z sobą związanych, nie ramowych i wprowadzanych w życie stopniowo według planu opracowanego przez czynniki fachowe i kompetentne np. przez organ specjalnie dla tej ustawy powołany i złożony z delegatów Rady Państwowej Zdrowia, Wydziałów lekarskich, Związku Przeciwgruźliczego, Towarzystw Badania Gruźlicy, Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów o charakterze społecznym itd. Plan walki powinien celowo rozszerzać zakres walki przez rozbudowę łóżek gruźliczych szpitalnych i sanatoryjnych, przez pomnażanie sieci poradni przeciwgruźliczych (szeroko uwzględniając wieś) i gromadzenie funduszów nietylko na leczenie, ale i finansowanie pomocy rodzinom i profilaktykę. Dopiero po rozbudowie tej materialnej podstawy w dostatecznej mierze można wprowadzać przymusowe zgłaszanie gruźlicy zaraźliwej, jeśli niema ono być iluzoryczne w swych wynikach. Przymusowe zgłaszanie i stworzenie ewidencji chorych na gruźlicę w całym Państwie może być tylko końcowym etapem realizacji planu walki z gruźlicą. Reasumując powyższe stwierdzamy, że: 1) ustawa o walce z gruźlicą musi opierać się na realnym planie finansowym, 2) opracowanie jej musi być oddane organowi specjalnie do tego powołanemu, złożonemu z sił fachowych. Pod tym kątem oceniając projekt rządowy walki z gruźlicą Zarząd Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym doszedł do wniosku, że sprawę ustawy przeciwgruźliczej odłożyć należy do następnej sesji sejmowej, celem umożliwienia opracowania całego zespołu norm prawnych.

Zarząd Zrzeszenia: *O. Sokolowski,* prezes. *E. Łotocki,* sekretarz.

Dodatkowa opinia Dra O. Sokołowskiego. Należy ukonstytuować organ, któryby mógł rozpatrzeć względnie przygotować racjonalny projekt ustawy. Organ ten mógłby za punkt wyjścia wziąć projekt przeciwgruźliczej ustawy opracowany przez Dra Grodeckiego, celowo rozbudowany, szczególnie pod kątem stworzenia środków i funduszów niezbędnych dla materialnej strony walki z gruźlicą i uwzględniający t. zw. „mały plan“ i stopniowe pomnażanie uzbrojenia przeciwgruźliczego. Organ ten musiałby przedyskutować bardzo szczegółowo ustawodawstwo zagraniczne, np. państw Skandynawskich i Italii, gdzie wiele punktów ustaw przeciwgruźliczych miało czas zdać egzamin życia.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

Jak Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie walczy z gruźlicą?

Jednym z głównych problemów społecznych, do którego szczególną uwagę przywiązuje Ubezpieczalnia Społeczna, jest sprawa walki z gruźlicą.

Specjalne warunki działania ustawowego powyższej instytucji, jakoteż wymogi nowoczesnego systemu walki z gruźlicą, wytworzyły specjalny sposób organizacji pracy na tym polu w Ubezpieczalni Społecznej. System ten doskonalony z roku na rok stara się o jaknajskuteczniejsze rozwiązanie problemu w miarę możności finansowych ubezpieczeń społecznych.

I. Część profilaktyczna.

W zakresie profilaktyki należy wymienić następujące działy:

1) Ubezpieczalnia Społeczna dysponuje szeregiem rejonowych higienistek, które w ramach swej akcji higienicznej opiekując się dziećmi i niemowlętami, szczególną opieką otaczają niemowlęta i dzieci z rodzin gruźliczych, względnie dzieci chore na gruźlicę. W tym kierunku istnieje ścisła współpraca z pielęgniarkami rejonowych przychodni przeciwgruźliczych, co zapobiega podwójnemu odwiedzaniu rodzin. Rodziny gruźlicze, w których znajdują się chorzy dorośli są wyłącznie pod opieką pielęgniarek przychodni przeciwgruźliczych.

2) Dla dzieci rodzin ubogich, obarczonych wielką ilością członków rodziny, Ubezpieczalnia Społeczna prowadzi przez swoje higienistki akcję dożywiania. Szczególną uwagę poświęca się dzieciom gruźliczym względnie pochodzącym z rodzin gruźliczych. W roku 1936 zakupiono dla dzieci ubezpieczonych w ieku szkolnym w kuchniach Miejskiego Komitetu Opieki Pozaszkolnej 27.000 śniadań, 27.000 obiadów i 27.000 podwieczorków.

Matkom dla dzieci w wieku przedszkolnym i niemowląt wydano w ciągu miesięcy zimowych (od 1. I. do 31. III. i od 1. X. do 31. XII.) bony żywnościowe dla umożliwienia dokarmiania dzieci.

W r. 1936 wydano 1.260 kg mąki, 422 kg owsianki, 638 kg grysiku, 670 kg cukru, 434 kg kaszy, 7.315 jaj, 59 kg masła.

3) Akcja wysyłki dzieci na wieś i na kolonie wzrasta z roku na rok. W roku 1935 na kolonie wysłano 277 dzieci i udzielono 102 zasiłków na wieś. Razem wysłano 379 dzieci, kosztem 9.142 złotych. W roku 1936 wysłano 1.193 dzieci na kolonie i na wieś, kosztem 50.440 zł. W roku 1937 wysłano na kolonie, półkolonie i na wieś 1.585 dzieci, kosztem 66.000 zł. Dzieci były umieszczane na koloniach w Brzuchowicach, Broszniowie, Miłowaniu, Korszowie, Perehińsku, Peczeniżynie, Delatynie, Sanoku, Turce nad Stryjem, Bąkowicach, Starym Samborze.

4) W roku 1937 została zapoczątkowana akcja obozów wypoczynkowych dla młodych robotników i robotnic. Z obozu w Pasiecznej korzystało na koszt lwowskiej Ubezpieczalni 170 robotników, z obozu w Beskidzie 132 robotnic.

5) Akcja propagandowa prowadzona przez Ubezpieczalnię Społeczną obejmuje rozdawnictwo broszur i ulotek w gabinetach lekarzy domowych i ambulatorjach, oraz we własnej przychodni przeciwgruźliczej. Ponadto Ubezpieczalnia Społeczna organizuje wykłady popularne, ilustrowane pokazem przeźroczy, z zakresu walki z gruźlicą na terenach poszczególnych zakładów pracy po kilkanaście w roku. W ramach miesiąca przeciwgruźliczego jest montowana popularna wystawa z zakresu gruźlicy w 9-ciu witrynach sklepowych budynku przy ul. Fredry 2. Ponadto prowadzi się pogadanki dla chorych leżących w oddziale płucnym szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

6) Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie prowadzi przychodnię własną i współpracuje z innymi przychodniami przeciwgruźlicznymi. W roku 1936 w własnej przychodni przeciwgruźliczej we Lwowie przy ul. Kurkowej 31 udzielono 17.032 porad lekarskich. W liczbie tej udzielono 1.067 porad osobom nieubezpieczonym, korzystających z przychodni z tytułu zamieszkiwania na terenie miasta przydzielonym przychodni Ubezpieczalni przez Miejski Wydział Zdrowia. W roku tym wykonano w przychodni 8.727 prześwietlań i 1.727 zdjęć Roentgenem. Ponadto dokonano 2.422 zabiegów.

Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie subwencjonuje przychodnie przeciwgruźlicze we Lwowie: a) Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą, b) Kliniki Uniwersyteckiej U. J. K., c) Towarzystwa Ochrony Zdrowia Żydów we Lwowie (T. O. Z.), zaś na terenie ośrodków prowincjonalnych: Przychodnie w Rawie Ruskiej, Sokalu, Gródku Jagiellońskim, Bóbrce, Chodorowie i Jaworowie.

II. Część lecznicza.

1) W roku 1936 leczono na oddziale gruźliczym szpitala własnego we Lwowie 816 chorych (412 mężczyzn, 404 kobiet). W liczbie tej mieści się 50 dzieci do lat 15. Ilość dni leczenia w tym roku wyniosła 23.009. Zmarło 28 mężczyzn, 23 kobiet. Przeciętny czas leczenia jednego chorego wynosił 28,2 dni leczenia. Ze szpitala byli chorzy wysyłani na dalsze leczenie do sanatorjów przeciwgruźliczych.

Oddział płucny szpitala własnego jest specjalnie nastawiony na leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.

Pozatym chorzy ubezpieczalni korzystali w pewnej mierze z leczenia w szpitalu powszechnym, oraz z leczenia w oddziale płucnym kliniki uniwersyteckiej U. J. K. we Lwowie.

2) Dla nieuleczalnie chorych niebezpiecznych dla otoczenia, którzy wyczerpali ustawowe świadczenia z tytułu ubezpieczenia chorobowego, zastosowano zgodnie z poleceniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, leczenie izolacyjne przez umieszczanie chorych w Szpitalu SS. Miłosierdzia we Lwowie.

3) Leczenie sanatoryjne ubezpieczonych odbywało się w sanatorjach w Worochcie, Zakopanem, Bystrej i Hołosku. Ilość dni leczenia przeznaczona dla chorych dorosłych wynosiła w r. 1936: 8.350 dni leczenia. W roku 1937 ilość dni leczenia przeznaczonego dla leczenia gruźlicy u dorosłych wynosiła 12.500. Leczenie gruźlicy dziecięcej odbywa się w lecznicy w Dębinie koło Skolego. Ilość dni leczenia przeznaczonych na ten cel wynosi 6.000 w roku 1937. Najkrótszy czas leczenia w sanatorjum wynosi 6 tygodni. Czasokres pobytu chorego w sanatorjum przedłużany jest zależnie od potrzeby i wskazań lekarskich.

Dr. St. KSYK.

Sprawozdanie Zakładu Leczniczo-Wychowawczego Ub. Społ. w Białej za rok 1936.

Celem podkreślenia znaczenia powstawania leczniczych zakładów dziecięcych należy pokrótce wspomnieć, jak się przedstawia wogóle u nas w Polsce opieka nad chorym dzieckiem w ujęciu liczbowym. Otóż według danych z r. 1934 zebranych przez Dra Mogilnickiego, mamy w całej Polsce około 3.500 łóżek dla chorych dzieci, w czym na kliniki i szpitale przypada 2.243, a w sanatorjach i uzdrowiskach około 1.300. Liczba ta jest oczywiście niedostateczna, a już zjazd pedjatrów w Wilnie w r. 1927 orzekł, że minimalna norma wynosić powinna jedno łóżeczko dziecięce na 1.000 mieszkańców, czyli w stosunku do 35,000.000 ludności posiadać musimy 35.000 łóżek, by opieka nad chorym dzieckiem była dostateczna.

Należycie potrzebę tę oceniła Ubezpieczalnia Społeczna w Białej i w trosce o chore dziecko postanowiła zużytkować istniejący już budynek po dawnej Kasie Chorych w Andrychowie i oddać go dla lecznictwa santoryjnego dzieci.

W maju 1936 r. po gruntownej a zaledwie dwu-tygodniowej przeróbce został zorganizowany i otwarty Zakład Leczniczo-wychowawczy dla dzieci o charakterze prewentorjum, obliczony początkowo na 108 dzieci. Wobec krótkiego okresu organizacyjnego oraz szczupłości pomieszczenia, jak również ograniczeń budżetowej natury rozwój zakładu podążał pewnymi etapami i obecnie na całość prewentorjum składa się:

1) Oddział Obserwacyjny w Kętach, miasteczku odległem o 9 km od Andrychowa, a w którym nowo przybyłe dzieci przechodzą 3-tygodniowy okres kwarantanny dla obserwacji, oraz uniknięcia zawleczenia chorób zakaźnych do oddziału macierzystego.

2) Właściwy Zakład Leczniczy w Andrychowie, położony w suchej lesistej okolicy, 330 m ponad poziomem morza i całkowicie spełniający warunki miejsca przeznaczonego do lecznictwa klimatycznego.

Z urządzeń zakładowych należy wymienić: 1) 60 metrową werandę, na której dzieci werandują również zimą, 2) kilkumorgowy park dla dzieci z pawilonami na wolnym powietrzu. Zakład wyposażony jest w dwa aparaty rentgenowskie (jeden na Oddziale Obserwacyjnym w Kętach, drugi w Andrychowie), gabinet światło-leczniczy, gabinet dentystyczny oraz pracownię lekarską obecnie kompletnie urządzoną. Dla schorzeń przypadkowych dzieci posiadamy odosobniony szpitalik w obrębie zakładu. Ponadto posiadamy komorę dezynfekcyjną cjano-wodorową, aparat do dezynfekcji formalinowej, aparat do chlorowania wody, własne urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, kuchnię parową, pralnię mechaniczną oraz suszarnię bielizny. Dla celów nauczania posiadamy 4-ry obszerne sale szkolne oraz wspomniane już pawilony na wolnym powietrzu.

Prewentorjum czynne jest przez cały rok i przeznaczone dla dzieci w wieku od 5 do 14 lat zakażonych gruźlicą. Obliczone jest na 200 dzieci przy najkrótszym 3-miesięcznym pobycie, w ten sposób w ciągu roku z prewentorjum korzystać może około 800 dzieci.

Utrzymanie dziecka wynosi zł 3.— dziennie, przy czym ciężar ten bierze na siebie Zakład Ubezpieczeń Społecznych, bowiem przyjmowane są wyłącznie dzieci członków Ub. Społ.

Za rok 1936 od 1 maja tj. od chwili powstania zakładu do 31 grudnia 1936 r. przeprowadziliśmy przez nasze sanatorjum 327 dzieci: chłopców 154, dziewczynek 176. Z ogólnej liczby na wiek szkolny przypada 294, na przedszkolny 33. Liczba dni leczenia wynosiła 24 034. Zawód rodziców dzieci przedstawia

się następująco: dzieci robotników niekwalifikowanych 258, rzemieślników 47, pracowników umysłowych 22.

Materiał dziecięcy mieliśmy początkowo przeważnie kolonijny, dopiero w miesiącach jesiennych zaczęły napływać przypadki nadające się do leczenia prewentoryjnego. Wszystkim dzieciom przybywającym do zakładu robione były odczyny tuberkulinowe. Dodatni odczyn tuberkulinowy Pirqueta wypadł w 190 przypadkach, dodatni odczyn Mantoux w 16 przypadkach; ujemne odczyny tuberkulinowe w 120 przypadkach.

Z zestawienia tego wynika jak duża liczba dzieci niewłaściwie dostała się do naszego zakładu.

Podział dzieci według ich schorzeń przedstawia się następująco: 1) niedorozwój fizyczny 23 przypadki, 2) niedożywianie 59 przyp., 3) zakażenie gruźlicą bez wyraźnego umiejscowienia, dodatni odczyn tuberkulinowy 81 przyp., 4) gruźlica gruczołów okołooskrzelowych, nieczynna 71 przyp., 5) gruźlica gruczołów okołooskrzelowych, czynna 30 przyp., 6) nacieki gruźlicze okołogruczołowe 5 przyp., 7)gruźlica płuc typu dorosłych 2 przyp., 3) gruźlica skóry 1 przyp., 9) gruźlica kręgosłupa 1 przyp., 10) krzywica 6 przyp., 11) niedokrewność 16 przyp., 12) ostry nieżyt oskrzeli 5 przyp., 13) dychawiczy nieżyt oskrzeli 2 przyp., 14) wady serca skompensowane 4 przyp., 15) moczenie nocne 3 przyp., 16) zapalenie krwotoczne nerek 1 przyp., 17) bez zmian chorobowych 20 przyp. — razem 327 przypadków.

Choroby nabyte w czasie pobytu w Zakładzie: 1) grypa 8 przypadków, 2) angina 30 przyp., 3) zapalenie płuc 2 przyp., 4) ostry nieżyt oskrzeli 23 przyp., 5) odra 1 przyp., 6) płonica 18 przyp., 7) błonica 5 przyp., 8) inne choroby 20 przypadków.

Choroby infekcyjne wogóle, a płonica w szczególności, stanowią najdotkliwszą bolączkę nietylko naszego zakładu oraz pokrewnych nam zakładów dziecięcych w Polsce, ale również zagraniczne doniesienia rozpisują się o tem wiele. Johansen z Chrystjanji podaje w przybliżeniu średnią cyfrę zapadalności dzieci na płonicę w zbiorowiskach dziecięcych (szkoły, sanatorja, kolonje) na 28,1%. W porównaniu z tą cyfrą nasz t. zw. index infectiosus wynosiłby 0,54 = 5,4%, a więc na szczęście odbiegaliśmy daleko od liczby przeciętnej, a obecnie wysiłki nasze idą w tym kierunku, by ograniczyć kontakt dziecka ze światem zewnętrznym poza prewentorium i w ten sposób uniknąć zawlekania chorób zakaźnych.

W odżywianiu dzieci przyjęliśmy za podstawę kaloryczne zapotrzebowanie, odpowiadające wiekowi dziecka z uwzględnieniem należytej ilości podstawowych składników oraz witaminów.

Przyrost na wadze uzyskaliśmy u 315 dzieci, bez przyrostu na wadze 5 dzieci, z ubytkiem wagi do 1000 gr 7 dzieci.

Przeciętna przyrostu wagi wynosiła 2,5 kg.

W leczeniu dzieci kierowaliśmy się zasadami lecznictwa klimatycznego, a więc pobyt w podgórskiej okolicy, odpowiednie

dawkowanie ruchu, wyrażające się w leżakowaniu, stosowne gry i zabawy, przebywanie dzieci na wolnym powietrzu przez najdłuższy okres dnia, ostrożne dawkowanie słońca i kąpiele słoneczne, należyte wysoko-kaloryczne pożywienie, pozatym indywidualne traktowanie.

Ponieważ przy przyjęciu dzieci stwierdzano stale próchnicę zębów (u 305 dzieci), przeto uruchomiliśmy gabinet dentystyczny, w którym założono 63 plomb i usunięto 132 zęby.

Z dadań pomocniczych wykonano: 425 prób tuberkulin., 192 badań moczu, 38 badań morfolog. krwi, 300 badań krwi na O. B., 45 badań w kierunku błonicy, 25 badań plwociny na prątki Kocha — ponadto wykonano około 50 drobnych zabiegów chirurgicznych i 150 opatrunków. Skąpa ilość niektórych badań wynikała z niekompletnego początkowo urządzenia pracowni lekarskiej i szczupłości personelu.

Na personel lekarski składa się: kierownik Zakładu — lekarz pediatra, lekarz asystent; pomocniczy personel lekarski: 3 pielęgniarki; personel nauczycielsko-wychowawczy: 6 osób; personel administracyjny: 2 osoby; personel porządkowy: 14 osób.

Dr Z. SZCZEPAŃSKI, dyrektor Sanatorium. Otwock.

Sprawozdanie opisowe z działalności Sanatorium m. st. Warszawy w Otwocku za rok 1936/37.

I. W roku sprawozdawczym uwaga Dyrekcji Sanatorium zwrócona była w pierwszym rzędzie na zwiększnie ilości wyrobionych dni szpitalnych, która rzeczywiście wykazuje stałą nadwyżkę w stosunku do lat ubiegłych, mianowicie: w r. 1932/33 wyrobiono 63.222 dni, 1933/34 — 65.425, 1934/35 — 67.397, 1935/36 — 69.114 i 1936/37 — 73.850. Dla osiągnięcia wspomnianego celu zostało w r. 1936 uruchomione nowych 17 łóżek zaś w r. 1937 zawarta umowa z Ubezpieczalnią Społeczną, gwarantująca nieprzerwane obłożenie 15-tu miejsc, a także osiągnięto odnośne porozumienie ze Studencką Kasą Chorych. Idąc dalej w kierunku zwiększenia pojemności zakładu, Dyrekcja opracowała plan uruchomienia w obrębie istniejącego gmachu nowego oddziału męskiego na 35 łóżek, co pozwoliło na powiększenie etatu łóżek sanatoryjnych do liczby 270. W planie najbliższych zamierzeń Dyrekcji Sanatorium leży przede wszystkim należyte ogrodzenie terenu zakładu, uruchomienie ogródków dla kuracjuszów i założenie odpowiednich warsztatów dla chorych. Również nosi się Dyrekcja z zamiarem, o ile możliwości finansowe na to pozwolą, wybudowania na terenie okalającego zakład parku kilku domków letnich dla kuracjuszów.

II. Sanatorium posiada siedem oddziałów dla mężczyzn i kobiet. Oddział I-szy prowadził st. asystent dr. Berlin Norbert. Oddział II-gi prowadził asystent dr Śladkowski Zygmunt. Oddział III-ci prowadził asystent dr Narbutt Stanisław. Oddział IV-ty prowadziła st. asystent dr Popławska Halina. Oddział V-ty prowadził zast. dyrektora dr Kalinowski Romuald. Oddział VI-ty prowadził asystent dr Lewandowski Mieczysław. Oddział VII-my prowadzili wspólnie lekarze oddziałów męskich pod kierunkiem dyrektora Sanatorium. Etatu ordynatorów Sanatorium nie posiada. W okresie sprawozdawczym zmarła na gruźlicę płuc dr Kuźniarówna Ewa, po której stanowisko objął dr Lewandowski. III. Przerw w pracy oddziałów nie było.

IV. a) Pracownia chemiczno-bakteriologiczna: badań moczu, plwociny i krwi 6178, analiz wykonanych przez P. Z. H. i Zakł. Anatom. Pat. 20, ponadto doraźne badania krwi dokonywane są na oddziałach (bez ewidencji) u wszystkich chorych. b) Pracownia rentgenologiczna: prześwietleń diagnostycznych 3700, zdjęć rentgenowskich 900. c) Gabinety terapii fizykalnej: naświetlań Sollux‘em i lampą kwarcową 2428.

V. Prosektorium: sekcyj dokonano 3, stosunek procent. ogólnej liczby zmarłych 5,5% — sekcje potwierdziły wszystkie rozpoznania.

VI. Lecznictwo: 1. Ogólna liczba chorych leczonych w Sanatorium 1008. 2. Liczba dni sanatoryjnych 73.850. 3. Przeciętny pobyt chorego 73,2 dni. 4. Liczba chorych wypisanych, w tym: z doskonałą poprawą 52, z polepszeniem 521, bez zmiany 143, z pogorszeniem 56, zgonów 55. 5. Chorych przewlekłych, których należałoby umieścić w innych zakładach — nie było. 6. Wyszczególnienie grup schorzeń: rozstrzeń oskrzeli 9, astmy 21. 7. Liczba dokonanych zabiegów 2.904, w tym odmy, wypuszczenia płynu, operacyj wyrwania nerwu przeponowego i thoracolis‘y. 8. Badania pomocnicze wykonywano własnymi siłami, oprócz badań krwi na odczyn Wassermana (P. Z. H.). 9. Nowoczesne środki lecznicze i najnowsze metody leczenia stosowane na oddziałach: przecinanie zrostów, odma sztuczna jedno i obustronna, operacje wyrwania nerwu przeponowego, odma oliwowa, plombowanie płuc, resekcje żeber, bronchografia, thoracoscopia, leczenie preparatami złota etc.

VII. Prac lekarzy Sanatorium wydano: Dyrektor dr Z. Szczepański: „O wyrwaniu nerwu przeponowego“. (Wyd. Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, r. 1936). — Dyrektor dr Z. Szczepański i dr H. Popławska: „Czy i w jakim stopniu personal santoryjny ulega zakażeniu gruźliczemu?“. (Wykład na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie). — Dr N. Berlin: „Schizofrenia i gruźlica“. („Gruźlica“ Nr 2, r. 1936).

Dyrektor zakładu brał udział w posiedzeniach Tow. Lekarskiego Warsz., którego jest członkiem; w posiedzeniach Tow. badań nad gruźlicą, którego jest członkiem zarządu i w posiedzeniach Stow. Lekarzy w Otwocku, którego jest prezesem. W po-

siedzeniach tych brali udział również asystenci Sanatorium. Dyrektor Sanatorium brał udział w zjazdach naukowych we Lwowie, Istebnej i w Wilnie. Biblioteka Sanatorium posiada 1715 książek dla chorych, liczba czytających wynosi 475. W ciągu roku odbyło się 62 seansów kinematograficznych dla chorych, 16 odczytów i 10 wieczornic.

VIII. Kancelaria Sanatorium załatwiła korespondencyjnie 2546 spraw (korespondencje w sprawach zgłoszeń o miejsca i windykacji kosztów leczenia były wyodrębnione) oraz wysyłała wykazy należności za chorych leczonych na koszt instytucyj samorządowych i państwowych.

IX. Sanatorium nabywa produkty żywnościowe częściowo na miejscu, częściowo w instytucjach miejskich w Warszawie, zaś węgiel i drzewo w Miejskich Zakładach Opałowych. Przeciętny koszt wyżywienia chorego wyniósł 2 zł 8 gr.

X. W roku 1936/37 zużyto: węgla 761 ton, prądu elektrycznego i wody ca 40.000 m^3 (własna wieża ciśnień), gazu w Sanatorium nie ma.

XI. Liczebność personalu administracyjnego wynosiła 14 osób, służby gospodarczej 60 osób.

KRONIKA.

Powiększenie liczby łóżek w sanatoriach Z. S. U. o 2.000. Wobec stwierdzenia stałego braku wolnych łóżek w sanatoriach przeciwgruźliczych, a zwłaszcza w sanatoriach, należących do zakładów ubezpieczeń społecznych, Minister Opieki Społ. skierował do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pismo, zalecające natychmiastowe przystąpienie do opracowania planu budowy sanatoriów ubezpieczeń i powiększenia ilości łóżek dla chorych na gruźlicę o 2.000. W pierwszym etapie pracy ma być oddanych do użytku 1.000 łóżek, w drugim etapie następny 1.000. Tak znaczne powiększenie ilości łóżek w sanatoriach umożliwi ubezpieczonym korzystanie z leczenia przeciwgruźliczego bez długiego wyczekiwania na zwolnienie miejsca w sanatorium.

Szkolenie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej. W Ministerstwie Opieki Społecznej pod przewodnictwem Dra J. Adamskiego, dyrektora departamentu służby zdrowia, odbyło się 3 listopada 1937 r. posiedzenie sekcji do zwalczania gruźlicy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Na porządku obrad były dwa referaty: 1) Dr M. Skokowska-Rudolfowa: Stan dotychczasowy szkolenia lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej i 2) Dr A. Biernacki: Program szkolenia personelu lekarskiego. Po wygłoszonych referatach wywiązała się żywa dyskusja, w następstwie której przyjęto wnioski o konieczności rozszerzenia szkolenia

w oparciu o wszystkie ośrodki uniwersyteckie, o ujednostajnienie programów szkolenia oraz o wykorzystanie dla celów szkolenia należycie postawionych zakładów leczniczych.

Posiedzenie tymczasowej komisji doradczej fundacji im. Jakuba hr. Potockiego odbyło się dnia 9 października 1937 r. pod przewodnictwem Dra Witolda Chodźki, członka zarządu fundacji. Po zapoznaniu się z wynikami pracy stypendystów fundacji od początku działalności, tj. od 1 października 1935 r., do 1 października 1937 r. (2 stypendia zagraniczne i 9 krajowych, na które wydatkowano 49.854 zł 2 gr), ustalono plan działania na rok następny, preliminując na właściwe cele fundacji 30.900 zł (16.400 zł na 5 stypendiów i 14.500 zł na dotacje).

VII Zjazd Ogólnopolski Przeciwgruźliczy odbędzie się 28 i 29 maja 1938 (Zielone Świątki) w Gdyni. Na Zjeździe tym mają być wygłoszone następujące referaty: 1) Biologiczny: „Jady gruźlicze i ich działanie na ustrój"; 2) Kliniczny: „Rozpoznawanie różnicowe swoistych i nieswoistych chorób płuc u dzieci, młodzieży i dorosłych"; 3) Społeczny: „Walka z gruźlicą na wsi".

Z życia sanatoryjnego. W Sanatorium Kasy Emeryt. w Chodzieży odbyło się 7 listopada 1937 r. poświęcenie nowowybudowanej świetlicy ze sceną i kamerą kinową. Jest to skrzydło przylegające do zachodniej części głównego budynku — wzniesione kosztem ca 68.000 złotych wraz z urządzeniem, o rozmiarach 29 × 10 metrów — obliczone na około 160 miejsc siedzących i 60 stojących. W ten sposób Sanatorium uzyskało możność rozwinięcia pracy kulturalno-oświatowej — chorzy zaś wspaniałą salę do spędzenia czasu wolnego od werandowania. — Zmiany personalne. W Sanatorium Kasy Emeryt. w Chodzieży z dniem 1 stycznia 1938 r. ustąpiła na własną prośbę ze stanowiska lekarza oddziałowego Kol. Jabłonowska-Stolarczukowa; na jej miejsce został zaangażowany Kol. J. Karwowski.

Stanowisko dyrektora sanatorium „Staszycówka" w Ludwikowie pod Poznaniem objął 1 marca 1937 Dr Tadeusz Jagoszewski. Sanatorium będące własnością Zakładu Ubezp. Społecznych, posiada 205 łóżek dla chorych na gruźlicę płuc. Skład personelu lekarskiego jest następujący: Władysława Jasińska, Zofia Pruska, Feliks Pąkciński, Janusz Wróblewski i Leon Zeuschner.